CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la santé

HESA • NUMÉRO 108 • 1re SESSION • 42e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le lundi 28 mai 2018

Président

M. Bill Casey

Comité permanent de la santé

Le lundi 28 mai 2018

● (1530)

[*Traduction*]

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu (Sarnia—Lambton, PCC)): Bonjour. Bienvenue à la réunion n° 108 du Comité de la santé. Nous allons étudier aujourd'hui les stratégies de lutte contre le diabète au Canada et à l'étranger.

Je veux profiter de l'occasion pour souhaiter la bienvenue à Terry Beech et à Peter Fragiskatos, qui se sont joints aux membres du Comité aujourd'hui.

Nous avons d'excellents témoins parmi nous. De l'Agence de la santé publique du Canada, nous accueillons Gerry Gallagher, directrice exécutive, Centre de la prévention des maladies chroniques et de l'équité en santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, et Jennette Toews, chef, Centre de la surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques.

Nous recevons également Alfred Aziz, chef de la Division de la réglementation et des normes en matière de nutrition au ministère de la Santé, et Valerie Gideon, sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, ministère des Services aux Autochtones Canada.

L'Agence de la santé publique du Canada et le ministère des Services aux Autochtones disposeront chacun de sept minutes pour faire une déclaration.

Nous allons commencer avec Gerry Gallagher.

Mme Gerry Gallagher (directrice exécutive, Centre de la prévention des maladies chroniques et de l'équité en santé, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada): Je vous remercie, madame la présidente, de me donner l'occasion de m'adresser au Comité permanent concernant le rôle de l'Agence de la santé publique du Canada pour aborder les enjeux liés au diabète et à d'autres maladies chroniques au Canada.

Notre rôle comporte trois volets: obtenir des données pour mieux comprendre les tendances liées aux maladies chroniques; produire et échanger des données probantes pour orienter les politiques et les programmes; et concevoir, mettre à l'essai et augmenter les interventions novatrices pour prévenir les maladies chroniques. Pour ce faire, nous collaborons avec des partenaires qui oeuvrent dans le domaine de la santé et à l'externe.

Le diabète, comme vous le savez, est une maladie chronique qui touche les Canadiens de tous âges. Chaque année, près de 200 000 Canadiens reçoivent un diagnostic de diabète, et environ 90 % sont des cas de diabète de type 2. À l'heure actuelle, environ trois millions de Canadiens vivent avec un diabète diagnostiqué. En raison de la croissance et du vieillissement de la population canadienne, le nombre de personnes atteintes de diabète au Canada devrait continuer d'augmenter au cours des années à venir.

Le risque de diabète est plus accru pour certains Canadiens, notamment les membres des Premières Nations, les Métis et les immigrants. De plus, les taux de diabète sont plus élevés chez les Canadiens ayant un revenu et un niveau de scolarité moins élevé. Par exemple, si la prévalence du diabète chez les adultes sans diplôme secondaire était aussi faible que chez les adultes détenant un diplôme universitaire, il y aurait 180 500 cas de diabète de moins au Canada.

Le diabète et de nombreuses autres maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques, sont en grande partie évitables. Des données probantes scientifiques indiquent qu'en mangeant plus sainement, en faisant plus d'activité physique, en limitant la consommation d'alcool et en évitant de fumer, l'apparition de plusieurs maladies chroniques peut être évitée ou retardée. L'Agence de la santé publique du Canada applique donc une approche intégrée pour promouvoir un mode de vie sain et prévenir les maladies chroniques.

[*Français*]

Grâce à notre fonction de surveillance de la santé, nous sommes en mesure de mieux comprendre l'impact des maladies chroniques ainsi que les facteurs de risque et de protection. Par exemple, en collaboration avec l'ensemble des provinces et des territoires, nous effectuons une surveillance nationale du diabète et de 20 autres affections chroniques afin d'appuyer la planification et l'évaluation des politiques et des programmes connexes.

L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé fournit de nouvelles perspectives sur la façon dont le diabète touche différents groupes de Canadiens dans divers contextes. Cette initiative offre des produits, comme un outil interactif de données en ligne et un rapport informatif sur les grandes inégalités en matière de santé au Canada. Cette initiative est réalisée en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, les provinces et les territoires, Statistique Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations.

Nous reconnaissons la nécessité de trouver des solutions novatrices et d'établir des partenariats dans le domaine de la santé et d'autres secteurs afin de mieux relever les défis complexes liés à la prévention des maladies chroniques. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs élabore les lignes directrices en matière de pratiques cliniques fondées sur des données probantes pour appuyer les fournisseurs de soins primaires. Le Groupe a publié, en 2012, des recommandations sur le dépistage du diabète de type 2 chez les adultes. L'Agence de la santé publique du Canada finance et fournit un soutien scientifique à cet organisme indépendant.

Pour aider les Canadiens à comprendre les facteurs de risque et les inciter à apporter des changements à leur mode de vie afin de prévenir le diabète, l'Agence de la santé publique du Canada a élaboré le questionnaire CANRISK. Celui-ci porte sur le risque de diabète de type 2 et permet d'attribuer une cote de risque individuelle. Il fournit des directives sur la réduction des risques. Le questionnaire CANRISK est mis à la disposition des Canadiens grâce à des partenariats avec Diabète Canada, Pharmaprix, Pharmasave et d'autres pharmacies du pays.

[*Traduction*]

Depuis son lancement en 2013, notre approche de partenariats plurisectoriels visant à promouvoir les modes de vie sains et à prévenir les maladies chroniques a permis d'investir 73 millions de dollars et de mettre à profit plus de 57 millions de dollars de financement non gouvernemental pour appuyer la création d'interventions novatrices qui mettent l'accent sur les facteurs de risque communs qui sous-tendent les principales maladies chroniques, comme le diabète.

Par exemple, l'initiative Play for Prevention est un projet de la Right to Play et Maple Leaf Sports and Entertainment Foundation qui utilise une approche fondée sur des activités visant à habiliter des jeunes à se pencher sur la prévention du diabète dans les populations urbaines autochtones. Des mentors communautaires expérimentés planifient et dirigent des événements qui ont mobilisé plus de 1 000 enfants et jeunes dans 16 centres urbains de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique pour participer à des programmes sur l'adoption d'un mode de vie sain et actif.

La Healthy Weights Initiative est un partenariat établi avec l'Alliance Wellness Rehabilitation Inc., le YMCA et l'Université de la Saskatchewan. Il s'agit d'un programme fondé sur des données probantes pour les adultes qui comprend du soutien en matière d'activité physique, un volet éducatif sur la nutrition, des thérapies cognitivo-comportementales et du soutien social. Le programme a contribué à des améliorations importantes pour s'attaquer aux poids malsains et favoriser un mode de vie plus sain.

● (1535)

Dans le budget de 2018, il est proposé de verser à ParticipACTION 25 millions de dollars sur cinq ans à compter de 2018-2019 pour inciter les Canadiens à prendre part quotidiennement à des activités physiques.

[*Français*]

L'Agence de la santé publique du Canada travaille en étroite collaboration avec des partenaires du gouvernement du Canada, incluant Santé Canada et Services aux Autochtones Canada.

La recherche scientifique a établi à plusieurs reprises qu'une mauvaise alimentation était un facteur de risque primaire pour ces affections. C'est pourquoi Santé Canada a lancé une stratégie en matière de saine alimentation, en octobre 2016. Cette stratégie est composée d'initiatives complémentaires qui se renforcent mutuellement et qui aideront les Canadiens à faire des choix plus sains pour eux-mêmes et leur famille. La stratégie comprend des engagements importants pour promouvoir la santé publique en limitant la commercialisation d'aliments malsains pour les enfants, en éliminant les gras trans, en réduisant le sel et en améliorant l'étiquetage des aliments emballés, y compris les initiatives d'étiquetage sur le devant des emballages.

L'Agence de la santé publique du Canada collabore également avec des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux. Par exemple, depuis l'adoption par les ministres de la Santé du pays de la Déclaration sur la prévention et la promotion, en 2010, nous avons participé à diverses initiatives pour promouvoir le poids santé et lutter contre l'obésité juvénile.

Nous nous employons maintenant à réaliser une vision commune et à adopter des approches collaboratives pour aider les Canadiens à se lever et à bouger plus.

[*Traduction*]

Nous contribuons aussi à la base de données probantes mondiale et apprenons de celle-ci à titre de centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé sur les politiques relatives aux maladies non transmissibles.

Pour conclure, je tiens à remercier le Comité permanent de la santé pour son examen des stratégies de lutte contre le diabète au Canada et à l'étranger. Grâce aux renseignements, aux données probantes, aux outils, aux solutions novatrices et aux partenariats, l'Agence de la santé publique du Canada prend part aux efforts collectifs déployés pour prévenir le diabète et les autres maladies chroniques au Canada.

Nous serons heureux de répondre à vos questions et nous avons hâte de lire votre rapport.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Merci beaucoup.

Nous allons maintenant entendre le ministère des Services aux Autochtones Canada.

Mme Valerie Gideon (Sous-ministre adjointe principale, Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits, Ministère des Services aux Autochtones Canada): J'aimerais tout d'abord signaler que nous sommes aujourd'hui sur des terres algonquines non cédées. En tant que membre de la nation micmaque de la Première Nation de Gesgapegiag au Québec, je suis ravie qu'on m'ait demandé de comparaître devant vous aujourd'hui pour discuter du diabète et d'autres maladies chroniques parmi les peuples autochtones du Canada.

Je vais commencer par partager quelques statistiques avec vous concernant la prévalence du diabète chez les peuples autochtones. Les taux de diabète sont trois ou quatre fois plus élevés parmi les Premières Nations que parmi la population canadienne en général, et tous les peuples autochtones sont exposés à un risque accru de développer le diabète. Toutefois, les résultats des trois derniers cycles de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations indiquent que la prévalence du diabète parmi les adultes des Premières Nations est restée stable, à environ 19 ou 20 % au cours des 14 dernières années.

Pour aider à réduire la prévalence du diabète de type 2, Services aux Autochtones Canada verse annuellement 44,5 millions de dollars à l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones pour appuyer les services communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies dans plus de 400 communautés inuites et des Premières Nations. Les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique reçoivent également ces services grâce au soutien de l'Autorité sanitaire des Premières Nations, qui a pris en charge les opérations régionales en matière de santé de Services aux Autochtones Canada en 2013.

Services aux Autochtones Canada reconnaît que la sécurité alimentaire est un enjeu crucial pour les peuples autochtones — un enjeu qui a des répercussions importantes sur la santé et le bien-être des personnes, des familles et des communautés. Dans le cadre du programme Nutrition Nord Canada, Services aux Autochtones Canada et l'Agence de la santé publique du Canada financent et soutiennent des activités d'éducation nutritionnelle communautaires et adaptées à la culture dans 111 communautés inuites et des Premières Nations admissibles. Le budget de 2017 a annoncé 828,2 millions de dollars sur cinq ans afin de régler des lacunes de longue date dans des programmes clés et d'améliorer les effets sur la santé pour les Premières Nations et les Inuits dans des domaines tels que les soins primaires, les soins à domicile, les soins communautaires, la santé mentale et d'autres secteurs.

[*Français*]

Voici maintenant un exemple concret du résultat de ces investissements. À l'automne 2017, nous avons pu investir 19 millions de dollars sur quatre ans pour appuyer la prestation par les Premières Nations de soins essentiels pour les pieds dans l'ensemble de leurs communautés, au Manitoba. Le Programme de soins des pieds des Premières Nations a été créé par les Premières Nations en partenariat avec les conseils régionaux de gestion pour aider des clients de 63 communautés de partout dans la province à maintenir leur état de santé et à diminuer les risques de complications aux pieds causées par le diabète.

● (1540)

[*Traduction*]

Un progrès considérable dans la gestion plus générale de la prévention des maladies chroniques est l'élaboration d'un cadre pour la prévention des maladies chroniques parmi les peuples autochtones. Ce cadre fournit une orientation générale et cerne des occasions d'améliorer l'accès pour les particuliers, les familles et les communautés à des services et à des soutiens qui sont appropriés et qui tiennent compte de leur culture et de leurs besoins dans le continuum de la santé.

Ce cadre a été reproduit par l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami, qui a élaboré un cadre qui répond aux besoins précis des Inuits du Canada.

[*Français*]

Services aux Autochtones Canada a mis plusieurs mécanismes en place pour assurer la participation des partenaires. Nous avons des protocoles de mobilisation avec l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami, afin de promouvoir une culture de respect, de transparence et de responsabilisation réciproques à l'appui du Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits. Ces protocoles sont de précieux outils pour l'établissement et le maintien de nos relations.

[*Traduction*]

Il y a aussi des tables rondes, en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits de chaque région, afin d'appuyer la planification conjointe et l'établissement des priorités. Ces discussions incluent des discussions bilatérales avec les Premières Nations et les Inuits, ainsi que des discussions trilatérales qui incluent les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Services aux Autochtones Canada accorde de l'importance à une approche collaborative avec les organisations autochtones externes et d'autres organisations afin de faire avancer les initiatives en santé pour les Premières Nations et les Inuits. Par exemple, en Saskatchewan, Services aux Autochtones Canada s'est associé aux diététistes du Canada dans le cadre d'un projet pilote d'une durée de six mois pour l'opération d'un centre d'appels de diététistes qui fournira un libre accès par téléphone ou par courriel à des aliments sains et à des conseils nutritionnels à toutes les communautés des Premières Nations de la Saskatchewan, incluant les communautés isolées et éloignées.

Grâce au Programme des services de santé non assurés de Services aux Autochtones Canada, un certain nombre de services de traitement du diabète sont offerts.

[*Français*]

D'abord, au total, 12 médicaments pour le traitement du diabète sont couverts à ce jour, et d'autres sont en attente d'une décision, ce qui respecte les recommandations de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé et la couverture offerte par d'autres régimes publics d'assurance-médicaments.

[*Traduction*]

Les bandelettes de test de glycémie sont couvertes dans le cadre du Programme des services de santé non assurés ainsi qu'une gamme d'équipement médical et de fournitures médicales pour appuyer les clients qui font face à des complications liées au diabète, notamment des fournitures de soin des plaies, des aides à la mobilité et des prothèses.

Le Programme pour les services de santé non assurés couvre aussi le transport pour soins médicaux, incluant l'hébergement et les repas, pour que les clients puissent accéder aux services de santé qui ne sont pas disponibles dans leur communauté.

[*Français*]

Services aux Autochtones Canada collabore avec les provinces, les territoires, d'autres ministères fédéraux et ses partenaires autochtones pour permettre le couplage de renseignements dans la mesure du possible, et veiller à ce que la planification des soins repose sur des données d'enquête sur la santé.

[*Traduction*]

Au cours des 17 dernières années, plus particulièrement, l'Enquête régionale sur la santé du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations a fourni les taux nationaux de prévalence de l'état de santé et du mode de vie et des comportements à risque chez les Autochtones des Premières Nations vivant dans les réserves et au Yukon.

Grâce au budget de 2018, le gouvernement fédéral a annoncé 82 millions de dollars sur 10 ans, dont 6 millions de dollars par année, pour la cocréation d'une enquête permanente sur la santé des Inuits.

En résumé, Services autochtones Canada s'est engagé à réduire la prévalence du diabète de type 2 et des complications connexes dans les collectivités des Premières Nations du Canada.

[*Français*]

Bien que des progrès aient été réalisés, nous sommes déterminés à continuer de travailler en partenariat avec les peuples autochtones pour lutter contre le diabète et ses facteurs de risque.

Je vous remercie. *Wela'lin*.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Merci beaucoup.

[*Traduction*]

Nous allons maintenant passer à la série d'interventions, en commençant avec mon collègue, M. McKinnon, pour sept minutes.

M. Ron McKinnon (Coquitlam—Port Coquitlam, Lib.): Merci, madame la présidente.

Les témoins savent sans doute que notre comité a récemment rendu public un rapport sur le régime d'assurance-médicaments. Nous savons que le traitement approprié du diabète est en partie les médicaments sur lesquels les Canadiens comptent pour réduire leur taux de glycémie, et nous savons qu'il est essentiel pour les diabétiques de prendre leur médicament.

C'est une question qui s'adresse à l'Agence de la santé publique. Pouvez-vous nous dire si les médicaments modernes pour le traitement du diabète sont inclus dans tous les formulaires pharmaceutiques au Canada, et quelles sont les lacunes qui existent en ce qui concerne la couverture du médicament pour le diabète au Canada?

Mme Gerry Gallagher: Le ministère responsable de répondre à votre question est Santé Canada.

Monsieur Aziz, voulez-vous y répondre?

M. Alfred Aziz (chef, Division de la réglementation et des normes en matière de nutrition, ministère de la Santé): Je pense que nous pouvons transmettre cette question au ministère, mais je tiens à signaler que Santé Canada est responsable d'approuver les médicaments pour le traitement du diabète et de vérifier leur innocuité et leur efficacité. Tout ce qui a trait aux formulaires relève des provinces. Je vais adresser cette question à mon ministère et nous vous fournirons des réponses plus approfondies.

● (1545)

M. Ron McKinnon: Merci.

J'imagine que je vais également adresser la question au ministère des Services aux Autochtones.

Dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, y a-t-il des lacunes? Prévoit-il toutes les mesures nécessaires pour offrir aux gens une bonne couverture?

Mme Valerie Gideon: Oui, c'est ce que nous croyons. Nous suivons les recommandations de l'ACMTS et nous alignons notre programme sur d'autres régimes d'assurance publics au pays.

M. Ron McKinnon: Savez-vous s'il y a des lacunes dans les services publics ailleurs que nous devrions connaître?

Mme Valerie Gideon: Nous avons des experts à notre ministère qui pourraient répondre à cette question en cinq secondes, mais je m'excuse car je n'ai pas la comparaison de tous les formulaires pharmaceutiques des provinces et des territoires. Cependant, nous avons ces renseignements et nous pouvons vous les transmettre.

M. Ron McKinnon: Je vais continuer avec vous. Vous avez mentionné le taux de diabète plus élevé parmi les peuples autochtones. Vous avez dit qu'il est trois ou quatre fois plus élevé chez les Autochtones qui vivent dans les réserves que dans la population générale, et j'ai un renseignement ici qui révèle que le taux de diabète parmi les Autochtones qui vivent en milieu urbain est deux fois plus élevé que dans la population générale.

Pouvez-vous faire un lien? Quelle en est la cause? Est-ce une prédisposition génétique, ou est-ce parce que c'est le segment de la population le plus démuni au Canada, ou...? Quelle est la cause, d'après vous?

Mme Valerie Gideon: Eh bien, je dirais certainement que les recherches ont révélé qu'il y a plus de problèmes de santé graves — par l'entremise des données sur les hospitalisations, par exemple — chez les Premières Nations qui vivent dans des collectivités éloignées ou isolées. Le dépistage du diabète, le dépistage précoce et la prévention sont extrêmement importants dans ces circonstances.

Pourquoi n'y a-t-il eu une baisse de la prévalence au cours des années où nous avons recueilli des données? Nous n'avons aucune réponse concluante à vous donner, mais je peux dire que nous croyons que les déterminants sociaux de la santé — la pauvreté, la sécurité alimentaire, le déplacement des familles et les effets intergénérationnels — sont vraisemblablement tous des facteurs. Nous n'avons pas de données probantes à vous fournir pour l'instant.

M. Ron McKinnon: Je dirais qu'étant donné que l'incidence est différente chez les Autochtones qui vivent dans les centres urbains et ceux qui vivent dans les réserves, les conditions dans les réserves ne sont pas propices à l'amélioration des résultats en matière de santé. Ai-je raison?

Mme Valerie Gideon: Oui.

M. Ron McKinnon: Merci.

Madame Gallagher, vous avez dit que vous vous attendez à ce que l'incidence du diabète augmentera dans les prochaines années. Qu'est-ce qui cause cette augmentation?

Mme Gerry Gallagher: Je vais demander à Jennette Toews de vous faire part de notre position à ce sujet.

Mme Jennette Toews (chef, Centre de la surveillance et de recherche appliquée, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada): La prévalence du diabète est en hausse. C'est le nombre de Canadiens qui souffrent de diabète au Canada. Toutefois, nous constatons que le taux d'incidence est en baisse. Au cours des 10 dernières années, de 2006 à 2014, on a enregistré une diminution du nombre de nouveaux cas de diabète diagnostiqués. Nous ne savons pas pour l'instant ce qui cause cette diminution.

M. Ron McKinnon: À titre de précision, vous dites que le nombre de cas est en hausse, mais l'incidence est en baisse. Est-ce parce que nous avons une population croissante; est-ce la raison?

Mme Jennette Toews: Oui, c'est attribuable à la population croissante, à notre population vieillissante et au fait que les gens qui souffrent de diabète vivent plus longtemps.

M. Ron McKinnon: D'accord.

Madame Gallagher, vous avez parlé d'un outil de données en ligne qui rend des comptes sur divers aspects. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

Mme Gerry Gallagher: Oui, l'Initiative liée aux rapports pancanadiens sur les inégalités en matière de santé comporte deux volets. L'un est un outil de données en ligne qui examine plus de 70 indicateurs des inégalités en matière de santé — les comportements liés à la santé et les déterminants de la santé plus généraux. Il a été mis en place l'an dernier. Il est possible de trouver des données sur le diabète dans différentes sous-populations. Aujourd'hui, un rapport narratif a été rendu public qui décrit mieux les principales inégalités au Canada, et le diabète est l'une d'elles. C'est un sujet qui pourrait intéresser le Comité.

M. Ron McKinnon: Qui utiliserait cet outil? Est-ce le grand public, les médecins ou les professionnels de la santé?

Mme Gerry Gallagher: C'est un outil qui est disponible certainement pour les planificateurs et les professionnels de la santé. Il est également convivial car c'est un outil très facile à utiliser pour obtenir des renseignements de base; en cliquant sur quelques onglets, on peut trouver un problème de santé ou une sous-population. Nous offrons également des webinaires aux professionnels pour qu'ils comprennent mieux comment utiliser ces données.

● (1550)

M. Ron McKinnon: Est-ce pour acquérir des données sur les circonstances ou est-ce pour communiquer des renseignements à propos du diabète dans la communauté?

Mme Gerry Gallagher: C'est un outil conçu pour comprendre essentiellement le vaste éventail d'inégalités en matière de santé au Canada. Comme je l'ai dit, le diabète est l'un des problèmes de santé qui peuvent être... C'et outil permet de recueillir des données de différentes sources. En ce qui concerne les outils qui sont à la disposition des Canadiens, il y a un certain nombre d'autres outils complémentaires. Il y a notamment un guide pour les Canadiens sur le diabète qui est disponible. Il décrit les différents types de diabète et les facteurs de risque.

Il y a aussi le CANRISK, qui est un outil de détection précoce disponible dans la majorité des pharmacies au pays. Je l'ai mentionné dans mes remarques liminaires.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Merci.

Monsieur Webber.

M. Len Webber (Calgary Confederation, PCC): Merci, madame la présidente.

Merci, madame Sidhu, de soulever cette importante question sur le diabète à notre comité.

J'ai eu l'honneur, il y a de cela quelques années, lorsque mes cheveux étaient un peu plus foncés, d'occuper le poste de ministre des Relations avec les Autochtones en Alberta. Je savais à l'époque que la prévalence du diabète était extrêmement élevée, et elle l'est toujours.

Madame Gideon, vous avez parlé de certains des traitements qui sont offerts aux Autochtones qui vivent dans les réserves, notamment les bandelettes d'essai, les fournitures médicales et les 12 types de médicaments pour le diabète. Les pompes à insuline sont-elles offertes aux membres des collectivités autochtones également? Sont-elles offertes aux gens qui habitent à l'extérieur des réserves?

Mme Valerie Gideon: Oui.

N'importe quel membre d'une première nation reconnue, sans égard à son lieu de résidence et à son revenu, bénéficie de la protection du Programme des services de santé non assurés.

M. Len Webber: Avez-vous une idée du coût d'une pompe à insuline pour un patient?

Mme Valerie Gideon: Je l'ignore, mais nous pourrons certes vous fournir ce renseignement.

M. Len Webber: Je serais simplement curieux de le savoir.

C'est pour tous les membres des Premières Nations, aussi bien dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci.

Mme Valerie Gideon: Oui, la protection s'applique également à l'extérieur des réserves. Mais c'est seulement pour les membres inscrits des Premières Nations et les Inuits reconnus.

M. Len Webber: Je ne sais pas s'il y a un autre témoin qui peut me répondre au sujet de la disponibilité de ces pompes à insuline au Canada. Les fournit-on actuellement? Je sais que ce n'était pas le cas auparavant. Nous n'avons pas ménagé nos efforts à l'époque pour assurer cette couverture. Est-ce que le programme paie maintenant partout au pays pour les pompes à insuline et les bandelettes d'analyse?

M. Alfred Aziz: Je ne peux pas vous répondre à ce sujet. Je sais toutefois que cela fait partie des dispositifs médicaux soumis à notre approbation à Santé Canada. Pour qu'ils puissent être disponibles partout au pays, il faut d'abord et avant tout que nous les approuvions. Je pourrai vous fournir des précisions à ce sujet. Quant à savoir dans quelles provinces ils peuvent être offerts, cela relève de la compétence de chacune d'elles.

M. Len Webber: Oui, c'est de compétence provinciale. Vous avez raison. Je croyais toutefois que vous pourriez être au courant.

Je reviens à Mme Gideon. Vous avez aussi parlé du remboursement des frais de transport et d'hébergement pour les Autochtones qui doivent quitter leur réserve pour aller subir un traitement. Est-ce que les Autochtones sont nombreux à se prévaloir de cette mesure? Est-ce qu'il faudrait accroître le financement prévu à cette fin, ou est-ce que tout va bien pour l'instant?

Mme Valerie Gideon: Dans le budget de 2018, nous avons redéfini le financement de base pour le Programme des soins de santé non assurés en prévoyant la marge de manoeuvre nécessaire pour tenir compte de l'augmentation de la demande et des besoins. C'est un programme fondé sur les besoins qui peut être très difficile à gérer en raison de l'absence de plafonnement. Le gouvernement a fait le nécessaire pour s'ajuster à cette croissance. Des sommes très considérables sont affectées aux services de transport pour des raisons médicales. Parmi les mesures de soutien que nous offrons, c'est la deuxième la plus importante. C'est un programme qui est très utilisé. Il faut cependant regretter le regroupement de certains services de santé dans les centres urbains. En raison de cette décision des régimes provinciaux de santé, les membres des différentes collectivités doivent malheureusement parcourir de plus longues distances pour recevoir des traitements. Nous essayons toujours d'encourager les Autochtones et les responsables provinciaux de soins de santé à se concerter pour décider de la localisation des services. De plus en plus de Premières Nations envisagent de créer leur propre régie de la santé ou d'accroître les services de proximité. À titre d'exemple, un patient qui a besoin de dialyse peut vraiment se retrouver coupé de ses proches et de sa collectivité, ce qui peut rendre les choses très difficiles pour sa famille. Nous nous chargeons bien sûr du transport et de l'hébergement dans les centres urbains, mais ce n'est assurément pas la meilleure solution. La meilleure solution c'est d'offrir autant de services que possible à proximité du domicile de ces patients qui souffrent d'une maladie chronique.

● (1555)

M. Len Webber: Excellent.

Plusieurs de nos témoins de la semaine dernière ont parlé de l'importance d'avoir une stratégie nationale de lutte contre le diabète.

Madame Gideon, quels devraient être les éléments clés d'une stratégie nationale de lutte contre le diabète pour les Autochtones du Canada? Que devrait prévoir selon vous une telle stratégie?

Mme Valerie Gideon: Ce n'est pas une question facile.

Je vous dirais que le cadre de prévention des maladies chroniques mis en place avec les Premières Nations — et les Inuits ont maintenant leur propre cadre dont nous pourrions fournir des exemplaires au Comité — consistait essentiellement en une approche où les différents programmes étaient offerts individuellement dans les collectivités et au sein des régimes de soins de santé. Les gens ne savaient plus trop à quoi s'en tenir si l'on sortait des cadres d'un programme en particulier. Il s'agirait donc maintenant plutôt de créer un continuum de services toute la vie durant en s'appuyant sur la culture propre aux Autochtones. C'est une vision des choses que les Autochtones partagent assurément.

Il s'agit également de faire le lien avec les déterminants sociaux de la santé. À titre d'exemple, si une femme enceinte a un rendez-vous médical, il faut en profiter pour la sensibiliser à l'importance de différents éléments: une vie saine pour elle-même; la planification d'une alimentation saine pour sa famille; la préparation à l'arrivée du bébé; le suivi à faire après sa naissance; et la nécessité pour elle de participer aux activités offertes par les services de santé publique pour la guider dans toute cette démarche. Lorsque son enfant bénéficiera par la suite du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, on l'informera des types d'aliments qui sont bons pour lui tout en faisant le lien avec sa santé buccodentaire, le tout dans le cadre de l'Initiative en santé buccodentaire des enfants.

En fait, ce n'est pas vraiment une stratégie de lutte contre le diabète. On s'éloigne désormais du modèle médical occidental, qui ciblait une maladie en particulier, pour adopter un cadre d'intervention davantage holistique. Nous en avons un pour la santé mentale. Il faut faire la même chose pour les maladies chroniques.

M. Len Webber: C'est très bien.

Est-ce que vous pourriez me donner, madame Gideon, des exemples de traitements adaptés à la culture?

Mme Valerie Gideon: Il y aurait bien sûr les traitements dispensés en langue autochtone. Il faudrait également que les relations soient davantage orales qu'écrites en s'appuyant par exemple sur des récits pour sensibiliser les gens à l'importance d'une saine alimentation. Il convient également de tenir des activités sur le territoire même des collectivités autochtones en misant sur les liens entre aînés et jeunes. Ce ne sont que quelques exemples.

M. Len Webber: Merci.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Nous allons maintenant passer à mon collègue, Don Davies, pour les sept prochaines minutes.

M. Don Davies (Vancouver Kingsway, NPD): Merci à nos témoins de leur présence aujourd'hui. Vous avez déjà eu un impact positif. C'est la première fois que je participe à une séance où il n'y a pas de biscuits. Je n'ai jamais vu autant de goûters-santé.

Des voix: Ha, ha!

M. Don Davies: Nous avons reçu à notre dernière séance des représentants de Diabète Canada. Ils nous ont rappelé que le rapport du vérificateur général de 2013 a vertement critiqué notre stratégie de lutte contre le diabète pour son inefficacité. J'aimerais d'ailleurs vous citer un extrait de ce rapport de 2013:

> Bien que l'Agence de la santé publique du Canada ait collaboré avec les provinces et les territoires pour aborder les facteurs de risque communs de maladies chroniques, tels que l'obésité juvénile, les pratiques de gestion qu'elle a appliquées pour mettre en oeuvre les programmes et activités découlant de la Stratégie canadienne sur le diabète laissent à désirer. Elle n'a pas établi de stratégie, de priorités, de mesures du rendement, de produits livrables, d'échéanciers ni de résultats attendus, ce qui aurait favorisé l'exécution efficace des programmes et des activités. De plus, l'Agence n'a pas coordonné à l'interne ses différentes activités liées au diabète. Par conséquent, elle ignore si ses activités ont eu un impact sur le bien-être des personnes qui sont atteintes de diabète ou qui risquent de développer la maladie.

J'aimerais que nous revenions maintenant à 2018. Dans quelle mesure avons-nous pu donner suite aux préoccupations exprimées? Où en sommes-nous aujourd'hui?

Mme Gerry Gallagher: Je peux commencer.

Depuis un certain nombre d'années, soit à compter de 2010, il s'opère une véritable transition vers une approche plus intégrée pour la prévention des maladies chroniques. Valerie nous en parlait d'ailleurs tout à l'heure. Différents changements ont été apportés au cours de cette période. On met désormais davantage l'accent sur la gestion du rendement et la reddition de comptes en s'appuyant sur des indicateurs très précis. Dans le cadre de notre programme de subventions et contributions par exemple, nous considérons le nombre de participants et évaluons les changements concrets de comportement en matière d'activité physique et d'alimentation saine. Nous avons en outre mis en place des processus plus rigoureux permettant le suivi à long terme des entités ayant bénéficié de notre aide financière.

Du point de vue de la coordination, nous travaillons en étroite collaboration avec Santé Canada, Services aux Autochtones Canada, les provinces et les territoires. Nous avons aussi réalisé d'énormes progrès dans nos efforts de coopération à l'extérieur du secteur de la santé. C'est tout à fait conforme à ce qui se fait ailleurs dans le monde. On renonce de plus en plus aux stratégies ciblant une maladie en particulier pour s'intéresser davantage aux facteurs de risque communs aux principales maladies chroniques dans les quatre grands domaines d'intervention pour la prévention. L'Agence concentre ses efforts sur trois d'entre eux en luttant contre les mauvaises habitudes alimentaires, l'inactivité physique et la sédentarité, et le tabagisme.

● (1600)

M. Don Davies: Pouvez-vous me dire à peu près où on en est rendus si l'on prend 2013 et toutes ces critiques du vérificateur général comme point de référence? Avons-nous parcouru le quart, la moitié ou les trois quarts du chemin par rapport aux objectifs visés? Donnez-moi une idée des progrès réalisés depuis ce rapport.

Mme Gerry Gallagher: D'importants progrès ont été réalisés à l'égard des différentes préoccupations soulevées dans ce rapport. Comme je l'indiquais, nous misons maintenant sur une stratégie intégrée pour une vie plus saine et la prévention des maladies chroniques. Tout cela est bien défini.

Nous avons par ailleurs des mécanismes en place pour la coordination des efforts. Le rapport formulait certaines recommandations visant à améliorer la surveillance et la collecte des données. Des gains ont aussi été réalisés à ces chapitres.

Il y avait aussi l'aspect de la sensibilisation du public. J'ai parlé tout à l'heure du questionnaire CANRISK. J'ai aussi parlé de « Votre guide sur le diabète ». Nous avons traité de l'orientation fournie aux praticiens dans le contexte des soins primaires.

M. Don Davies: Merci.

Je reviens à Mme Gideon. Les chiffres que l'on nous donne concernant les Autochtones canadiens sont plutôt consternants. Les gens de Diabète Canada nous ont dit que 80 % des Autochtones risquent de contracter le diabète. Je crois d'ailleurs vous avoir entendu dire que tous les Autochtones sont à risque.

Je vous renvoie à nouveau au rapport du vérificateur général de 2013 qui demandait à Santé Canada de mieux mesurer les résultats de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Dans sa réponse, Santé Canada s'est engagé à:

> ... améliorer et utiliser ces mesures de rendement pour évaluer l'incidence de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones... pour évaluer et faire progresser les activités sur le diabète financées en vertu de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones... et [offrir] un soutien accru aux régions afin qu'elles utilisent les données pour l'établissement de rapports sur l'état de santé...

Je pense que vous avez indiqué que les chiffres sont plutôt stables pour la population autochtone. Pouvez-vous alors nous dire si nous progressons ou non dans notre lutte contre le diabète chez les Autochtones?

Mme Valerie Gideon: Je crois que nous avons réalisé des progrès considérables en matière de sensibilisation et d'accès aux tests de dépistage et aux traitements de toutes sortes comme les soins podologiques. J'estime par contre qu'il y a encore beaucoup à faire pour ce qui est des facteurs de risque sous-jacents liés à la situation socioéconomique et à la sécurité alimentaire. Selon moi, c'est vraiment à ce niveau que nous devons intervenir, et c'est un défi pour le pays dans son ensemble. La situation est certes encore plus précaire pour les Autochtones, mais il n'en reste pas moins que nous devons poursuivre nos efforts pour nous attaquer à ces facteurs sous-jacents.

Nous avons aussi énormément progressé en rendant plus accessibles un grand nombre d'outils comme les soins primaires, les services d'infirmières praticiennes, les diagnostics et la télémédecine.

M. Don Davies: Sans vouloir vous prêter des propos que vous n'avez pas tenus, j'ai l'impression que vous êtes en train de nous dire que les traitements s'améliorent, mais que le nombre de personnes souffrant du diabète n'a pas vraiment changé.

Mme Valerie Gideon: Le taux de prévalence demeure effectivement stable aux environs de 19 à 20 %.

M. Don Davies: Je suis tout à fait d'accord avec vous pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé. Vous avez cité notamment la pauvreté et la sécurité alimentaire. Quelles mesures sont prises à l'échelon fédéral pour améliorer la situation par rapport à ces déterminants sociaux, surtout pour les Autochtones?

Mme Valerie Gideon: Le mandat global de notre nouveau ministère des Services aux Autochtones consiste notamment à mieux gérer ces déterminants sociaux de la santé via le décloisonnement des différents secteurs et entités pour un regroupement des services d'intérêt commun dans le cadre d'une stratégie unifiée. Notre ministre s'est d'ailleurs engagée sans réserve à mettre en oeuvre une approche en ce sens.

Je me consacre depuis le début de ma carrière à la santé des Premières Nations et des Inuits. Je constate déjà le grand enthousiasme qui découle de la mise en place d'un service à guichet unique pour les collectivités, fruit de la concertation des efforts en matière d'éducation, de services sociaux et de santé.

La plupart des collectivités ont été en mesure de procéder à cet exercice global de planification permettant de regrouper les services et les investissements. Le gouvernement fédéral a toutefois continué de fonctionner programme par programme et secteur par secteur, notamment en raison des emplois en cause dans chaque cas.

Il est également difficile pour les gens des différentes collectivités de renoncer au sentiment d'appartenance qu'ils ont développé à l'égard de ces programmes. C'est un processus évolutif, mais je pense que l'on est parvenu dans bien des cas à s'affranchir de ces silos pour conjuguer les efforts au sein d'une équipe multidisciplinaire en santé, car c'est clairement ce qu'il faut faire pour être capable de suivre une personne de sa naissance jusqu'à son décès en lui offrant tous les services dont elle a besoin.

● (1605)

M. Don Davies: Merci.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Nous passons à Mme Sidhu pour les sept prochaines minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je remercie tous nos témoins de leur présence aujourd'hui. Je veux aussi remercier tous les membres du Comité qui ont voté unanimement en faveur de ma motion pour la réalisation de cette étude sur le diabète en vue de nous permettre de lutter plus efficacement contre cette maladie à l'avenir.

Ma question s'adresse à Mme Gallagher. Dans ma circonscription de Brampton South, la région de Peel est celle qui enregistre le taux de prévalence du diabète le plus élevé en Ontario depuis plus de 20 ans. On dit que c'est le carrefour du diabète. Comment vous y prenez-vous pour mesurer les résultats et évaluer les inégalités? Que prévoit faire Santé Canada pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, comme l'insécurité alimentaire et le manque d'accès à des traitements adaptés à la culture dans le cadre de notre lutte contre l'épidémie de diabète? Comment les résultats sont-ils mesurés et évalués?

Mme Gerry Gallagher: Je peux commencer avant de laisser la parole à Alfred.

Je peux d'abord vous dire que nous avons consolidé notre approche quant aux mesures du rendement. Nous essayons d'avoir une perspective générale sur l'ensemble de nos programmes. Un cadre d'évaluation du rendement est en place. On s'intéresse aux changements de comportement chez les participants aux projets. On cherche également à déterminer quels contextes sociaux et physiques sont propices à de tels changements de comportement. Nous ne nous contentons plus de faire de la sensibilisation. Nous visons des résultats concrets et mesurables en matière de santé, et nous commençons à utiliser des mesures physiologiques pour certains de nos programmes.

C'est l'approche en place. Il me fera plaisir de vous communiquer notre cadre d'évaluation du rendement pour notre programme intégré de lutte contre les maladies chroniques.

Pour ce qui est de votre seconde question, je parlais tout à l'heure du rôle que nous avons à jouer pour favoriser une meilleure compréhension des inégalités en matière de santé au Canada ainsi que des données descriptives et contextuelles qui s'y rattachent. Au cours des cinq dernières années, nous avons multiplié les efforts à ce chapitre en donnant notamment accès à notre outil de données sur les inégalités en santé.

Le rapport descriptif nous en apprend bien davantage au sujet des interactions entre les grands facteurs contextuels, comme la culture et la tradition, et bien d'autres considérations, comme les revenus et l'éducation. C'est ainsi que nous pouvons mieux comprendre le lien entre les déterminants de la santé et les comportements et résultats à ce chapitre. C'est un autre des rôles que nous jouons.

Quant aux mesures plus générales à prendre relativement à ces déterminants, nous essayons de moduler nos programmes de manière à pouvoir intervenir davantage en amont. Nous savons que la région de Peel se démarque en la matière. On s'y efforce d'agir sur l'environnement social de telle sorte que les gens puissent faire plus facilement des choix santé, par exemple en rendant les options alimentaires saines moins coûteuses et plus aisément accessibles à pied au sein de la collectivité.

Mme Sonia Sidhu: Dans son mémoire prébudgétaire, Diabète Canada recommandait l'adoption d'une stratégie canadienne de prévention et de prise en charge de la maladie assortie d'un objectif « 90-90-90 » pour le diabète d'ici 2021. Si cet objectif est atteint, 90 % des personnes à risque en 2021 connaîtront leur statut, 90 % d'entre elles recevront un traitement et 90 % de ces personnes-là verront une amélioration de leur état de santé.

Une telle approche de type 90-90-90 a produit de bons résultats pour le VIH-sida. Pensez-vous que l'on puisse s'attendre à une efficacité semblable dans le cas du diabète?

Je pose la question au représentant de Santé Canada.

M. Alfred Aziz: Je n'ai pas de réponse à vous donner à ce sujet, mais j'aimerais revenir sur ce que disait Mme Gallagher concernant le rôle de Santé Canada relativement au diabète.

Comme je l'indiquais précédemment, Santé Canada est responsable de la réglementation à l'égard des aliments et des produits de santé

Dans le cas particulier du diabète, nous réglementons les médicaments approuvés pour le traitement. Nous avons aussi pour mandat d'informer les Canadiens au sujet des aliments, de la santé et de la nutrition de telle sorte qu'ils puissent faire des choix éclairés au bénéfice de leur santé.

En 2016, Santé Canada a lancé la Stratégie en matière de saine alimentation. Cette stratégie vise à améliorer l'environnement alimentaire de telle sorte que le choix le plus sain soit le plus facile à faire pour les Canadiens.

Notre travail s'articule autour de quatre thèmes différents. Nous voulons offrir une meilleure information sur la nutrition en améliorant notre *Guide alimentaire canadien* de même que l'étiquetage, notamment en plaçant les indications sur le devant des emballages. Nous mettons par ailleurs sur pied une équipe chargée de protéger les sous-populations vulnérables. Elle s'emploiera entre autres à limiter la promotion d'aliments et de boissons mauvais pour la santé des enfants de telle sorte qu'ils puissent profiter d'un meilleur départ dans la vie et qu'ils soient davantage à l'abri de maladies chroniques comme le diabète en vieillissant.

En matière de sécurité alimentaire, Nutrition Nord Canada a été mise en place, et le tout relève maintenant de Services aux Autochtones Canada.

D'autre part, c'est le ministère de l'Agriculture et son ministre qui sont responsables de la mise en oeuvre de l'initiative Une politique alimentaire pour le Canada.

● (1610)

Mme Sonia Sidhu: Ma question s'adresse aux représentantes de l'Agence de la santé publique du Canada.

Nous savons qu'un certain nombre de pays, dont la Suède, tiennent un registre national pour le diabète.

Pensez-vous qu'il est possible de tenir au Canada un registre national unique pour le diabète de types 1 et 2?

Mme Gerry Gallagher: Je laisse Jennette répondre.

Mme Jennette Toews: Sur la gestion des soins, je n'ai pas de réponse, mais, pour la surveillance nationale, nous possédons des données excellentes et solides sur le diabète au Canada.

Grâce au Système canadien de surveillance des maladies chroniques, qui est un partenariat avec les provinces et les territoires employant les données administratives sur la santé, nous possédons des renseignements sur 97 % des Canadiens, tous ceux qui font partie du programme d'assurance-maladie.

Un registre particulier devrait présenter un bon rapport avantages-coûts, et il pourrait correspondre davantage à un rôle provincial ou territorial.

Mme Sonia Sidhu: Parfois, le diabète reste non diagnostiqué en raison de la honte ou des préjugés. Quelle stratégie proposerez-vous pour les combattre? Croyez-vous que la stratégie 90-90-90 de Diabète Canada y sera utile?

Mme Gerry Gallagher: Nous savons que la sensibilisation au diabète et à ses risques n'est pas à négliger, et notre médecin en chef de la santé publique examine la question des préjugés rattachés à toute une gamme de maladies, parce que nous les constatons non seulement dans le cas du diabète, mais dans celui de beaucoup d'autres maladies, chroniques et infectieuses. La question est d'autant plus pertinente qu'elle touche l'interaction entre la santé mentale et la santé physique.

Notre équipe examine la possibilité de comparer la stratégie 90-90-90 à celle qu'on a opposée au VIH-sida. La comparabilité entre en ligne de compte. Ces deux états sont très différents. Comme il faut tenir compte de questions importantes de mesures, disons simplement que nous surveillons la situation de près.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Excellent. Votre temps est écoulé.

Je tiens à remercier tous les témoins pour leur contribution très édifiante à notre étude. Je l'apprécie beaucoup. Vous pouvez communiquer à notre greffière toutes vos observations ou tous les renseignements que vous voudrez ajouter.

Nous suspendons brièvement les travaux pour accueillir le nouveau groupe de témoins.

● (1610)

(Pause)

● (1615)

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Reprenons et poursuivons l'étude des stratégies de lutte contre le diabète au Canada et à l'étranger.

Nous sommes heureux d'accueillir les représentantes de l'Association nationale autochtone du diabète: sa présidente, Mme Roslynn Baird; la présidente sortante, Agnes Coutinho.

[*Français*]

Nous avons également prévu la comparution par vidéoconférence de la Dre Mélanie Henderson, du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, mais il y a quelques problèmes de vidéo. Nous allons donc réessayer et voir ce qui se passe.

[*Traduction*]

Entendons d'abord Roslynn.

Vous partagez entre vous 10 minutes.

Mme Roslynn Baird (présidente, Association nationale autochtone du diabète): Merci. Bonjour.

Nous vous remercions de votre invitation à témoigner devant votre comité. Précisons que nous sommes ici de passage sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin.

Nous venons aujourd'hui témoigner au nom de l'Association nationale autochtone du diabète, l'ANAD, et de tous ceux qui travaillent sur le diabète ou qui sont touchés par cette maladie pour faire reconnaître cette pandémie chez les peuples autochtones du Canada comme priorité des priorités nationales en matière de santé.

Les diabètes de type 2, de type 1 et gestationnel sont en augmentation, et les complications, comme les amputations, la cécité et les cardiopathies, sont dévastatrices pour nos communautés. D'après l'appel à l'action 19 de la Commission de vérité et réconciliation, l'état actuel de santé des Autochtones découle directement des politiques de l'État, notamment des pensionnats autochtones, et ce n'est qu'en le changeant qu'on pourra supprimer l'écart, sur ce plan, entre les Autochtones et les non-Autochtones.

Dre Agnes Coutinho (ancienne présidente, Association nationale autochtone du diabète): Notre association est une organisation sans but lucratif, dirigée par ses membres, créée en 1995 en réponse aux taux croissants et alarmants de diabète chez les peuples autochtones du Canada. Financée par Santé Canada, les Premières Nations et la Direction de la santé des Inuits, c'est un pôle de transfert de connaissances et de réseautage entre les travailleurs de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, les professionnels de la santé, les travailleurs des communautés en prévention du diabète et tous les membres des Premières Nations, tous les Inuits et tous les Métis du Canada touchés par le diabète. Sa mission est de promouvoir des milieux salubres et de prévenir et de maîtriser le diabète par la collaboration avec les individus, les communautés et les organisations.

Notre objectif est de développer, fournir et rendre disponibles des ressources pour la prévention du diabète, sa maîtrise, la sensibilisation et la recherche; de nouer et d'entretenir des partenariats et la collaboration avec les individus, les communautés et les organisations; d'appuyer les individus, les communautés et les organisations dans le développement de leur capacité de promouvoir des milieux salubres; de militer pour faire reconnaître l'épidémie de diabète parmi nous et dans nos communautés comme priorité nationale en matière de santé.

Mme Roslynn Baird: D'après une étude récente, 8 jeunes adultes autochtones sur 10 feront un jour du diabète de type 2, contre 5 sur 10 dans l'ensemble de la population canadienne. En fait, le taux de prévalence du diabète est maintenant de 3 à 5 fois plus élevé dans la population autochtone, et cette maladie débilitante commence à s'y manifester vers la quarantaine, tandis que, dans le reste de la société, elle a tendance à toucher des personnes plus âgées. Fait alarmant, le diabète chez les Autochtones n'est plus une maladie d'adulte, puisque qu'on diagnostique celui de type 2 chez des enfants d'à peine cinq ans. Cette maladie était presque inconnue dans les communautés autochtones avant les années 1950.

Un certain nombre de facteurs complexes contribuent à l'augmentation des taux de diabète dans la population autochtone. L'impact de la maladie varie aussi selon la région et la communauté, et il est le plus élevé chez les Premières Nations et le moins élevé dans les populations inuites. Cependant, les taux de diabète augmentent aussi chez les Inuits. Les causes sont enracinées dans les changements sociaux culturels soudains auxquels n'échappent pas nos traditions depuis plusieurs décennies.

L'enquête régionale sur la santé des Premières Nations, dont les résultats ont été publiés en 2015-2016, fournit une partie des données disponibles qui sous-tendent les recommandations d'aujourd'hui de notre association. Comme beaucoup d'études sur les Canadiens autochtones, elle n'est pas représentative de toutes les Premières Nations, et ses données ne reflètent pas la situation des Métis ou des Inuits. La prévalence du diabète dans les Premières Nations, selon cette étude, atteignait un taux alarmant de 20 % et de 18 % chez les individus de sexe féminin et de sexe masculin, respectivement; on avait diagnostiqué chez la mère de 1 enfant sur 10 le diabète gestationnel, induit par la grossesse; 17 % des femmes étaient enceintes quand on a diagnostiqué leur diabète, et 83 % d'entre elles se sont fait dire que leur diabète n'était pas gestationnel. Plus de la moitié des adultes des Premières Nations atteints de diabète ont éprouvé au moins une complication majeure. Plus de 25 % en ont éprouvé d'ordre neuropathique, rétinopathique et circulatoire; 21 % ont eu des complications aux membres inférieurs; 2,4 % des cas ont abouti à l'amputation.

Depuis la publication du rapport définitif de la Commission de vérité et réconciliation, en 2015, nos partenaires non autochtones constatent seulement maintenant la proportion dévastatrice des victimes du diabète et la gravité des complications que provoque cette maladie dans nos communautés. Cependant, comme nos partenaires, les organisations communautaires et les particuliers, notre association connaissait les répercussions sans cesse plus graves et dévastatrices du diabète dans nos communautés depuis plus de deux décennies.

Depuis ses débuts, notre association a créé et mis en oeuvre une large gamme d'activités cliniques, de promotion de la santé et de soutien visant à réduire l'incidence et la prévalence du diabète et à améliorer la santé des peuples autochtones, de leurs familles et de leurs communautés dans tout le pays. Elle n'a cessé de préconiser l'augmentation de nos capacités pour produire des programmes ininterrompus et adaptés à nos spécificités culturelles grâce à l'éducation, à la prévention et à des stratégies de traitement ainsi qu'à des initiatives de recherche.

● (1620)

Dre Agnes Coutinho: Notre association recommande respectueusement au gouvernement du Canada de reconnaître que le diabète chez les peuples autochtones du Canada est une maladie systémique qui a atteint l'ampleur d'une pandémie et qui exige une attention immédiate. Aux Autochtones diabétiques, notre système évolué de santé au Canada offre moins d'avantages potentiels, et l'écart avec les non-Autochtones est large et imprévisible.

Notre association formule les recommandations suivantes qui correspondent à des mesures qui selon elle auront un impact très important sur le taux actuel de diabète et ses complications. Les voici:

Appuyer les programmes, les services et la recherche sur le diabète à confier à l'initiative des Autochtones. Actuellement, les organisations non autochtones et leurs efforts visant le diabète et les états chroniques connexes ne s'attachent pas aux besoins culturels particuliers des Autochtones et ne tiennent pas compte des besoins, de la culture et des intérêts de chaque communauté. On ne pourra réussir à refermer l'écart croissant dans les résultats en matière de santé et la capacité de fournir les moyens convenables pour faciliter une maîtrise et une prévention convenables du diabète que par une consultation directe des peuples autochtones axée sur la collaboration. Les Canadiens autochtones doivent pouvoir s'inspirer de leurs propres traditions culturelles pour concevoir et exécuter les programmes et la recherche.

Notre association demande que le financement soit à la hauteur de la gravité de la situation de la santé dans la population autochtone, particulièrement en ce qui concerne le diabète. Elle demande du financement pour poursuivre la collaboration visant à donner aux personnes, aux communautés et aux organisations partenaires les moyens d'augmenter leur capacité de favoriser des milieux salubres pour mieux prévenir et maîtriser le diabète. Nous faisons allusion à l'appel à l'action 19 de la Commission de vérité et réconciliation, sur les maladies chroniques et la disponibilité de services de santé appropriés.

Mme Roslynn Baird: Notre deuxième recommandation est d'accorder la priorité à la souveraineté alimentaire.

Notre association appuie l'instauration de milieux sans danger et adaptés aux réalités culturelles pour la vie de tous les jours, l'apprentissage et le travail, en privilégiant la promotion de milieux salubres, par exemple en matière de sécurité alimentaire et de santé mentale. Une priorité de la lutte contre la pandémie de diabète est la souveraineté alimentaire. Il est impératif de reconnaître que les causes premières de la situation actuelle du diabète chez les peuples autochtones comprennent les systèmes alimentaires coloniaux, le régime des réserves, l'érosion des droits de cueillette, de piégeage, de pêche et de chasse; l'érosion des assises territoriales et l'accès à l'eau propre.

Notre association recommande la poursuite de discussions franches avec les ministères et d'autres secteurs pour la détermination de méthodes intersectorielles d'instauration de milieux salubres, grâce à l'élaboration de politiques et de lignes directrices. Nous renvoyons à l'appel à l'action 18 de la Commission de vérité et réconciliation.

> Nous faisons appel aux autorités fédérale, provinciales, territoriales et autochtones pour qu'elles reconnaissent que la situation actuelle de la santé chez les Autochtones du Canada découle directement des politiques fédérales antérieures, notamment celles des pensionnats autochtones...

Conformément à notre tradition, je tiens à raconter une anecdote. Je possède quelques documents intéressants. C'elui-ci provient du Bureau des Indiens de Brantford, en date du 6 août 1920. C'est une demande de versement de 100 $ pour appuyer la participation de Norman General, des Six Nations, qui allait participer aux Jeux olympiques d'Anvers. Le chèque devait être à l'ordre de la succursale de Brantford de la banque de Toronto. On y demandait de déclarer que General s'entraînait et on disait que le montant demandé était un beau geste pour la représentation des Six Nations à cette sorte de manifestation. Ultérieurement, le montant a été versé par le fonds fiduciaire du ministère des Affaires indiennes pour envoyer General aux Olympiques. General a vécu très vieux et en excellente santé, à titre de coureur olympique et il a brillé aux Jeux olympiques. Sa nièce Helen Dockstader a fréquenté le pensionnat de Brantford connu sous le nom de « trou à bouillie », de l'âge de trois à quinze ans. Elle est morte des séquelles du diabète, comme la plupart de ses enfants, notamment l'aîné, Andy Baird, mon oncle. C'était aussi un coureur, mais il n'a pas pu se rendre aux Olympiques en raison d'une double amputation. Nous soulignons le résultat direct des pensionnats sur la santé des Autochtones.

La troisième recommandation vise à fournir l'accès à des possibilités convenables de traitement et de soins et de faire appel aux guérisseurs et aux médicaments traditionnels. En dépit d'un financement minime au cours des 20 dernières années, notre association a fourni une plateforme de réseautage et de mise en commun des connaissances et des talents traditionnels et nouveaux ainsi que de développement et de distribution de moyens, de ressources et de services pour la maîtrise et la prévention du diabète parmi les travailleurs de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones et ceux des communautés en prévention du diabète, les professionnels de la santé et les communautés autochtones. Elle demande l'appui du gouvernement dans l'établissement de liens de collaboration avec les secteurs non autochtones de l'industrie et des soins de santé pour établir des méthodes globales d'intégration des guérisseurs et des médicaments traditionnels, grâce à la mise en commun exemplaire des talents et des connaissances collectifs. Une collaboration franche et respectueuse entre les communautés et les équipes de soins de santé de l'extérieur et des autorités encourage la confiance et favorise la continuité et la constance des soins contre le diabète pour les membres des communautés.

● (1625)

Dre Agnes Coutinho: Notre quatrième recommandation est de sensibiliser la population au diabète gestationnel et à l'augmentation du taux de diabète parmi les jeunes femmes autochtones. Actuellement, les Autochtones possèdent le plus haut taux de natalité au Canada, et 78 % des femmes autochtones feront du diabète dans les cinq à dix prochaines années. Le diabète gestationnel, y compris ses complications sur la santé et la probabilité accrue de faire du diabète de type 2 plus tard au cours de la vie est un sujet très important de préoccupation non seulement pour la mère mais, également, pour le bébé. La collaboration sur des méthodes qui tiennent compte des différences culturelles dans ce domaine présente encore une fois une occasion importante de rassembler les connaissances traditionnelles et nouvelles et de combler les écarts dans les résultats qu'on constate à l'égard des problèmes de santé chez les mères ainsi que chez les nourrissons et les enfants.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Excellent. Merci beaucoup. Votre temps est écoulé.

[*Français*]

Nous passons maintenant à la Dre Mélanie Henderson.

Bienvenue. Est-ce que vous pouvez nous entendre?

Dre Mélanie Henderson (endocrinologue pédiatrique et professeure agrégée, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine): Oui, je vous remercie.

[*Traduction*]

Je peux parler dans ma langue? En fait, ce serait plus facile. Je peux?

[*Français*]

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): N'importe laquelle des deux langues nous convient.

[*Traduction*]

Vous disposez de 10 minutes, si vous voulez commencer.

Dre Melanie Henderson: Merci.

Je remercie le Comité de son invitation à venir témoigner et donner le point de vue d'un pédiatre sur le diabète au Canada.

Je suis endocrinologue pédiatre et chercheuse au CHU Sainte-Justine et codirectrice, à Sainte-Justine, du programme CIRCUIT de prévention du risque cardiovasculaire.

L'obésité est le premier facteur de risque du diabète de type 2 chez les enfants. Au Canada, 95 % des enfants chez qui on le diagnostique sont obèses. La prévalence de l'obésité chez les enfants canadiens a triplé dans les trois dernières décennies. C'est particulièrement alarmant vu les conséquences négatives de l'obésité sur le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires. Cette situation est aggravée par la tendance, chez les enfants obèses, à devenir des adultes obèses, touchés par les taux importants de morbidité et de mortalité associées à l'obésité chez les adultes.

Le surplus de poids à l'adolescence est un facteur prédictif de la mortalité à l'âge adulte, peu importe le poids à cet âge, et c'est en fait un facteur de risque plus important que le surpoids à l'âge adulte, ce qui souligne l'urgence d'une intervention rapide. L'obésité de l'enfance est multifactorielle. Les facteurs liés au mode de vie tels que le peu d'activité physique, la sédentarité et la malnutrition jouent un rôle important dans sa genèse et sa persistance.

D'après la recherche, un niveau élevé d'activité physique et moins de temps devant un écran de télévision ou d'ordinateur permettent d'abaisser le risque de diabète de type 2 chez les enfants. Pourtant, seulement 7 % des enfants canadiens atteignent les niveaux recommandés d'activité physique journalière, tandis que 45 % passent trop de temps devant un écran. Qui plus est, les adolescents et les enfants obèses sont même moins actifs physiquement.

La consommation de boissons sucrées est associée au diabète et à l'obésité et, pourtant, elle compte encore pour 2 à 18 % de l'apport calorique total chez les enfants au Canada. La consommation accrue de fruits et de légumes peut réduire le risque de diabète de type 2, pourtant elle est inadéquate et insuffisante chez les enfants et les adolescents canadiens.

La consommation limitée de gras saturés peut aussi contribuer à prévenir le diabète chez les enfants, pourtant les premiers consommateurs des produits de la restauration rapide au Canada sont les adolescents. À l'évidence, on peut encore améliorer les habitudes des enfants canadiens liées à leur mode de vie.

Ces dernières années, le taux de diabète pédiatrique de type 2, qui reflète une augmentation des taux d'obésité, a augmenté dans plusieurs pays. Même si la prévalence réelle du diabète de type 2 chez les enfants canadiens reste incertaine, sa prévalence estimée d'après les observations en milieu hospitalier a augmenté en même temps que celle de l'obésité. De plus, les états prédiabétiques sont en augmentation chez les jeunes, particulièrement les jeunes obèses. De fait, plus d'un quart des jeunes obèses en présenteraient un. C'est très remarquable, vu que l'obésité a toujours été une maladie qui se manifestait à l'âge adulte et qui apportait des complications en fin de vie. Vous pouvez imaginer, pour mon patient de 14 ans atteint de diabète de type 2, les risques de morbidité et de mortalité qui le guettent.

Fait important, ce diabète semble beaucoup plus agressif chez les enfants que chez les adultes. De fait, parmi les jeunes chez qui on vient de le diagnostiquer, dès ce diagnostic, 6 % présentent déjà des complications rénales; 13 %, des complications oculaires; 4,5 %, une cholestérolémie anormale, et 11,6 %, une hypertension artérielle. En outre, il semble que ces jeunes aient rapidement besoin d'un traitement intensifié qui, quand il est basé sur un seul médicament administrée par voie orale, échoue rapidement et exige souvent une insulinothérapie par injections.

D'après des observations récentes, les jeunes patients chez qui on diagnostique le diabète de type 2 subissent des accidents cardiovasculaires quand ils sont encore jeunes et, en moyenne, leur espérance de vie sera écourtée d'environ 15 années.

Les conséquences économiques du diabète pédiatrique de type 2 sont mal connues, mais il est impératif de comprendre le fardeau économique qu'impose l'obésité, vu que c'est la principale cause du diabète de type 2 chez les enfants. À l'échelle nationale, les coûts directs du surpoids et de l'obésité sont estimés entre 3,9 et 6 milliards de dollars, ce qui représente 4 % du budget total des soins de santé. Ce chiffre ne tient même pas compte des coûts indirects.

Le vrai remède du diabète de type 2 est peut-être l'identification des personnes à risque et la prévention de la dégradation de leur état grâce à des stratégies préventives, qui ciblent l'obésité infantile et les facteurs déterminants associés qui sont liés au mode de vie. Le fait qu'un mode de vie plus actif et les interventions auprès des adultes retardent ou, peut-être, préviennent tout à fait l'évolution du prédiabète vers le diabète de type 2 patent s'appuie sur amplement de preuves. Même si ces preuves restent limitées, des constatations semblables chez les enfants ont été démontrées par mon groupe et d'autres.

● (1630)

L'enfance représente une période critique où il faut intervenir pour prévenir et traiter l'obésité en favorisant l'adoption de saines habitudes de vie, ce qui permet en définitive de prévenir le diabète de type 2 et l'apparition ultérieure de maladies cardiovasculaires chez ces jeunes vulnérables.

En plus de l'augmentation des taux de diabète de type 2 chez l'enfant, des rapports récents montrent les signes d'une hausse mondiale du diabète sucré de type 1, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans. Depuis 1990, l'incidence mondiale du diabète de type 1 a augmenté de 2,8 % chaque année chez les jeunes de moins de 15 ans, et le Canada n'a pas été épargné par cette tendance.

Le diabète de type 1 représente 90 % du diabète chez les enfants et les jeunes, et figure également parmi les maladies chroniques infantiles les plus répandues au pays. En 2010, on estime que le fardeau économique du diabète s'élevait à 12,2 milliards de dollars pour le Canada, et il devrait augmenter encore de 4,7 milliards de dollars d'ici 2020.

L'apparition précoce du diabète de type 1 est particulièrement préoccupante étant donné sa forte association avec un risque accru de maladie cardiovasculaire. En fait, les personnes atteintes de diabète de type 1 sont 10 fois plus susceptibles de mourir d'une maladie cardiaque que leurs pairs en bonne santé.

Alors que les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux surviennent à l'âge adulte, l'athérosclérose commence au cours de l'enfance. C'est bien connu. L'athérosclérose chez les personnes atteintes de diabète de type 1 semble être plus agressive. La maladie survient plus tôt, est plus diffuse, et entraîne des taux de mortalité supérieurs, de l'insuffisance cardiaque et une espérance de vie plus courte que dans la population générale.

L'enfance représente une période charnière pour prévenir l'obésité et, par conséquent, le diabète de type 2, mais aussi les conséquences délétères des diabètes de type 1 et 2, à savoir les maladies cardiovasculaires.

Les recommandations de votre comité doivent répondre aux besoins précis des enfants et des adolescents. Je propose humblement cinq recommandations à l'intention du Comité.

La première vise à donner accès partout au Canada à des programmes multidisciplinaires éprouvés et fondés sur des données probantes pour assurer le traitement de l'obésité, comme le programme CIRCUIT du CHU Sainte-Justine. Les enfants et les adolescents bénéficieront également de l'accès à des programmes communautaires et éprouvés de prévention de l'obésité et des maladies cardiovasculaires qui ciblent les jeunes et sont adaptés aux besoins de la communauté.

Deuxièmement, nous devrions privilégier de saines habitudes de vie tôt dans la vie et les intégrer aux programmes préscolaires et scolaires. À titre d'exemple, des cours d'éducation physique obligatoires au quotidien doivent être mis en place dans les écoles.

En troisième lieu, les programmes de traitement pour la prise en charge des enfants atteints des diabètes de type 1 et 2 devraient être adaptés à leurs besoins, en particulier ceux qui proviennent de collectivités vulnérables, comme les Premières Nations, ce que les intervenants précédents ont clairement souligné.

Quatrièmement, il est urgent de financer des recherches de haute qualité dans les domaines de l'obésité pédiatrique, du diabète de type 1 et du diabète de type 2 afin de mieux comprendre les meilleures stratégies de prévention et de traitement. L'objectif est d'optimiser les soins dispensés aux enfants et aux adolescents atteints, qui deviendront la prochaine génération d'adultes.

Enfin, je trouve important de mettre en oeuvre des programmes éducatifs afin de sensibiliser les familles et les fournisseurs de soins de santé primaires aux premiers symptômes du diabète, dans le but de permettre un dépistage et un diagnostic précoce des enfants et des adolescents.

Je tiens à vous remercier de m'avoir accordé votre temps et permis de parler au nom des enfants et des adolescents atteints de diabète. Je suis prête à répondre à toutes vos questions.

● (1635)

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Merci beaucoup.

Nous allons maintenant commencer notre tour de questions, et chaque intervenant aura sept minutes.

Commençons par mon collègue John Oliver, qui partagera son temps avec Sonia Sidhu.

M. John Oliver (Oakville, Lib.): Je vous remercie infiniment de vos exposés, et aussi de la clarté de vos recommandations. Je suis ravi que les deux témoins aient pris le temps d'énoncer les problèmes, puis de dire très clairement ce que le Comité devrait faire, à votre avis.

J'ai quelques petites questions de suivi à vous poser, docteure Henderson.

Au cours de votre témoignage, vous avez parlé de l'obésité et d'un certain nombre de facteurs de risque chez l'enfant, puis vous avez dit que nous devrions vraiment identifier les personnes à risque pour commencer les interventions. Je remarque que vos cinq recommandations seraient probablement beaucoup plus efficaces si nous ciblions ceux qui présentent un risque. Avez-vous réfléchi à la façon d'identifier les personnes à risque? S'agit-il simplement de facteurs comportementaux, comme l'obésité et l'inactivité croissantes, ou y a-t-il d'autres moyens de dépister les personnes à risque?

Dre Melanie Henderson: Premièrement, il y a beaucoup de facteurs de risque bien établis pour le diabète de type 2 chez les enfants en particulier. De toute évidence, l'obésité est le principal. Certaines origines ethniques sont également plus à risque. Évidemment, un comportement sédentaire, un faible niveau d'activité physique et une mauvaise alimentation sont aussi des facteurs de risque. Enfin, l'exposition au diabète gestationnel, dont l'intervenant précédent a parlé, est un autre facteur de risque.

Les principaux dispensateurs de soins pourraient être sensibilisés à un certain nombre de facteurs de risque, ce qui nous aiderait à identifier les personnes à risque et à intervenir. Si vous observez la population, vous constaterez cependant qu'il y a déjà 27 % des enfants et des adolescents canadiens qui sont en surpoids ou obèses. Un enfant sur quatre est touché. À titre de cliniciens, nous avons un rôle à jouer dans l'identification des jeunes à risque. En tant que société, nous devons probablement repenser certaines des stratégies de santé publique que nous pouvons utiliser pour prévenir l'apparition de l'obésité, et aider aussi à traiter ceux qui en sont déjà atteints.

M. John Oliver: Je sais que vous êtes située au Québec. Avez-vous eu connaissance de personnes atteintes de diabète qui ont difficilement accès aux médicaments ou à l'équipement spécialisé en raison de leur capacité financière?

Autrement dit, si vous êtes un enfant et que vos parents n'ont pas d'assurance, aurez-vous un problème d'accès aux médicaments?

Dre Melanie Henderson: C'est une très bonne question. Je vais y répondre de deux façons.

Certes, il existe des technologies intéressantes pour le traitement du diabète de type 1 en particulier. Je sais que le Comité a discuté de la différence entre les types 1 et 2 à la dernière séance, mais je vais rafraîchir votre mémoire.

Le diabète de type 1 nécessite une administration d'insuline au moyen d'injections ou de pompe à insuline, en plus d'un calcul régulier de la glycémie. À l'heure actuelle, il n'existe aucun processus uniforme au pays concernant l'accès aux pompes. Certaines provinces permettent aux patients d'y avoir accès, peu importe leur âge.

Au Québec, par exemple, si vous avez moins de 18 ans, vous aurez droit à une pompe sous la couverture gouvernementale, mais pas si vous avez plus de 18 ans. Si j'ai des patients diagnostiqués à 17 ans et demi, j'ai six mois pour leur faire connaître le diabète de type 1, leur apprendre la façon de le gérer, puis envisager la pompe. Je sais qu'ils n'y seront plus admissibles après leur anniversaire. La première année, la pompe représente certainement 10 000 $ de dépenses.

Dans un même ordre d'idées, il existe des technologies très novatrices pour surveiller la glycémie continuellement. Habituellement, nous vérifions la glycémie au moyen d'une piqûre au doigt. Il existe maintenant des appareils qui peuvent la surveiller 240 fois par jour sans que le patient n'ait à se piquer 240 fois par jour, ce qui est évidemment impossible. Ces technologies ont un effet considérable sur la gestion de mes patients. Elles ne sont toutefois pas couvertes. Elles le sont peut-être par une assurance privée, mais ce n'est pas universel.

Évidemment, l'insuline est couverte pour les enfants d'un bout à l'autre du Canada. C'est fantastique. L'accès à l'insuline n'est pas égal dans le monde. Nous sommes donc privilégiés à ce chapitre. Je pense que nous avons du travail à faire pour faciliter l'accès universel à certaines des nouvelles technologies pour les personnes atteintes de diabète de type 1.

● (1640)

M. John Oliver: Un traitement normalisé était votre troisième recommandation?

Dre Melanie Henderson: Oui, c'était cela.

Ma troisième recommandation portait également sur certaines particularités dont les intervenants précédents ont également parlé à propos de programmes adaptés à la culture pour traiter les enfants de certains groupes vulnérables, notamment les Premières Nations. Je pense qu'il y a beaucoup de travail à faire à cet égard.

M. John Oliver: Merci beaucoup.

Je vais partager mon temps avec Mme Sidhu. Je veux lui laisser quelques minutes.

Mme Sonia Sidhu: Merci, John, de partager votre temps avec moi.

Dres Coutinho ou Henderson, il est très difficile d'avoir accès à un médecin, et certains patients de déplacent souvent de loin jusqu'aux centres urbains pour obtenir des soins.

L'année dernière, j'ai eu l'occasion de visiter Global Health Innovations, où on m'a montré une application mobile comportementale sur la santé. Ces gens aident les patients à mieux gérer le diabète.

Pensez-vous que les centres de soins virtuels ou ces types d'applications aideront ces personnes?

Tous les témoins peuvent répondre.

Dre Agnes Coutinho: Je peux ajouter une chose.

Je pense que tout dépend vraiment du groupe d'âge et de l'accès à Internet, par exemple. Si vous vous adressez à des jeunes qui sont branchés à des appareils et qui ont continuellement accès à Internet, cela pourrait éventuellement être un outil. Cependant, si vous songez davantage à des personnes âgées, qui n'ont pas nécessairement toujours accès à Internet, par exemple dans les collectivités nordiques, ces appareils, applications et programmes ne seront pas aussi importants et efficaces.

Mme Sonia Sidhu: L'année dernière, j'ai assisté à la conférence de la Fédération internationale du diabète. Ces gens mettent l'accent sur les soins prénataux. Trouvez-vous important d'insister sur cette période? Dre Henderson a indiqué que le taux d'obésité est très élevé, soit un enfant sur quatre. Si nous pouvons mettre l'accent sur les soins prénataux...

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Je suis désolée, mais votre temps est écoulé.

Nous allons céder la parole sept minutes à mon collègue, M. Lobb.

M. Ben Lobb (Huron—Bruce, PCC): Merci beaucoup.

Si quelqu'un en a déjà parlé, je l'ai peut-être manqué. Y a-t-il une différence notable dans la fréquence du diabète de type 1 entre les communautés autochtones et les autres? Existe-t-il une différence en pourcentage?

Mme Roslynn Baird: Il s'agit majoritairement du diabète de type 2, mais celui de type 1 est en augmentation selon l'enquête régionale sur la santé.

M. Ben Lobb: Pour ce qui est du type 2, qu'avez-vous fait sur le plan de la santé mentale? Est-ce un volet que vous envisagez? Dans les lectures que j'ai faites en préparation à la réunion, j'ai remarqué que la santé mentale a bien sûr une grande incidence sur les personnes atteintes de diabète de type 2.

Dre Melanie Henderson: Puis-je répondre?

M. Ben Lobb: Bien sûr, allez-y.

Dre Melanie Henderson: J'aime cette question, car il est vrai que les jeunes atteints de diabète de type 2 sont plus à risque d'hyperphagie boulimique et de dépression. En fait, dans certaines études, 15 % présentaient déjà des symptômes de dépression d'emblée. De plus, ceux qui sont obèses, soit 95 % d'entre eux, vivent souvent beaucoup d'expériences délétères. Leur estime personnelle est faible. Leur image corporelle est faible. Ils sont souvent victimes d'intimidation. Et ne vous méprenez pas. L'intimidation ne se limite pas à la cour d'école. Le phénomène se produit aussi à la maison, où des membres de la famille font des commentaires désobligeants sur le poids de la personne. C'est un problème de taille.

Il est vrai qu'au Québec, les cliniciens ont très peu d'outils pour remédier au problème. Il y a très peu de psychologues et de psychoéducateurs pour nous soutenir. C'est une chose que nous avons intégrée à notre programme CIRCUIT, car nous estimions très important de permettre à ces familles d'apporter des changements à leur style de vie et d'aider leurs enfants à relever certains des défis qu'ils rencontrent.

● (1645)

Mme Roslynn Baird: J'ajouterai simplement que, dans notre programme, nous mettons l'accent sur les soins holistiques. Il s'agit d'enseigner la roue médicinale. Nous abordons les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel de la maladie, de même que la personne, la communauté et la famille. De plus, nous avons un modèle de soins adapté aux traumatismes, de sorte que notre programme traite du stress et des facteurs qui influencent la santé.

M. Ben Lobb: Pensez-vous que le gouvernement fait des progrès, ou perdons-nous notre temps depuis 10 ans à essayer de régler ces problèmes?

Vous pouvez être honnête.

Mme Roslynn Baird: Je travaille également dans un programme autochtone financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. J'ai été directrice générale du Indigenous Diabetes Health Circle pendant une vingtaine d'années, et nous organisons des programmes communautaires. Depuis les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, nous avons été interpellés en grand nombre; la communauté non autochtone, le milieu des soins de santé, tous veulent vraiment travailler avec nous maintenant. Je pense qu'il y a beaucoup d'occasions à l'horizon.

M. Ben Lobb: Si vous examinez uniquement le processus de création des projets pilotes et que vous en tirez parti — je sais que vous ne partez pas de zéro —, il doit y avoir d'énormes possibilités qui en découlent. Je comprends les limites du côté des services, et assurément de ce point de vue. Mais, à mon avis, ce doit être une excellente occasion pour la communauté d'avoir un groupe cible de personnes sur lequel vous pouvez travailler chaque jour.

Mme Roslynn Baird: Eh bien, au cours de mes 20 années de travail sur le diabète chez les Autochtones, je n'ai pas vu beaucoup de données de surveillance, surtout en Ontario. Je pense qu'il y a bien du travail à faire.

M. Ben Lobb: En ce qui concerne la technologie, je me suis entretenu dernièrement avec les responsables d'une nouvelle entreprise de technologie de la santé. Une partie de leur travail consiste à surveiller des personnes atteintes d'une maladie chronique. Leur travail se situe principalement dans les collectivités rurales et nordiques, de même que dans les États du Sud.

Je comprends les limites du Wi-Fi, des réseaux et du reste, et je pense avoir lu que c'est un problème qui, dans le cas du diabète, coûte chaque année 1,8 milliard de dollars dans le monde. Il y a des applications pour toutes sortes de choses, et je me demande pourquoi les grandes entreprises de technologie, et même les petites, n'ont pas adopté les technologies de la santé comme elles semblent l'avoir fait pour le divertissement et le reste.

Mme Roslynn Baird: C'est une bonne question. Nous avons été interpellés par des personnes qui ont des idées d'applications. Nous avons un programme sur le diabète gestationnel où nous cherchons à aider les femmes pendant leur grossesse au moyen d'une application.

Il y a beaucoup d'idées qui sont soumises à notre programme, maintenant que nous nous penchons sur les collectivités et demandons leur contribution. C'est une chose qui est portée à notre attention. On nous demande d'examiner des applications pour les soins des plaies. Il s'agirait aussi d'apporter ces applications jusqu'aux collectivités nordiques, et de faire en sorte que les auxiliaires de prévention du diabète utilisent les applications pour envoyer des informations sur la blessure. Il y aurait un meilleur cercle de soins quand il n'y a pas de professionnel de soin des plaies dans le milieu, ni même de médecin, par exemple.

Nous sommes donc sur le point d'envisager ces technologies, mais elles ne sont pas encore disponibles.

M. Ben Lobb: Je pense avoir vu l'application dont vous parlez. Elle peut même détecter si, lorsque la personne sort du lit, elle n'a pas pris ses médicaments, elle a mangé, et ainsi de suite. Je pense que c'est formidable...

Dre Melanie Henderson: Puis-je ajouter une chose? Du point de vue pédiatrique et adolescent, les applications sont merveilleuses si les gens sont motivés à les utiliser. Même si les jeunes sont très branchés sur le Web et ce genre de choses, ils ne souhaitent pas particulièrement utiliser des applications de soins de santé, d'après mon expérience. Celles-ci sont intéressantes, et je pense que nous devons continuer à les développer, mais je crois que nous devons également trouver des moyens de les rendre intéressantes pour les enfants et les adolescents. Nous devons être sensibles au fait que ce n'est pas parce que nous, les adultes, pensons que c'est une idée fantastique que les jeunes les utiliseront de manière efficace, si vous voyez ce que je veux dire.

● (1650)

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Absolument.

Dre Melanie Henderson: Ils utiliseront bien Instagram, par contre.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Nous allons maintenant écouter M. Davies pour sept minutes.

M. Don Davies: Je remercie les témoins d'être ici.

Madame Baird, j'aimerais commencer par vous. Il me semble assez clair que l'obésité, comme nous le savons, est un des principaux facteurs du diabète de type 2, ce qui se rapporte aux aliments que nous consommons. Je pense que l'expression que vous avez employée dans votre recommandation était « souveraineté alimentaire ». D'après vos témoignages et celui d'autres intervenants, je présume que l'accès à des aliments frais et sains constitue un défi particulier dans les collectivités autochtones de tout le pays, et peut-être même dans les régions urbaines.

Que représente la souveraineté alimentaire à vos yeux, et comment pouvons-nous y arriver?

Mme Roslynn Baird: Je pense bien que je pourrais me servir des exemples que nous voyons et des observations que nous faisons quand nous nous rendons dans des collectivités nordiques. Nous nous rendons dans des lieux très éloignés pour offrir notre programme de soins des pieds. Nous consacrons une journée entière aux traitements et aux soins, et en même temps, traditionnellement, nous apportons de la nourriture. Les gens viennent se prévaloir du programme et nous mangeons ensemble. Nous nous servons de la nourriture comme outil d'enseignement.

Nous sommes allés dans des collectivités nordiques où il nous est impossible de trouver de la nourriture pour nos ateliers axés sur la santé au cours desquels nous essayons de les éduquer en utilisant la nourriture comme outil. Dans les magasins des régions nordiques, la nourriture est tout simplement inabordable. Les articles qui sont abordables, comme les croustilles et les boissons gazeuses, ne sont pas sains. Nous essayons de leur faire comprendre qu'il vaut mieux boire de l'eau que des boissons gazeuses. Nous avons appris, en tant qu'éducateurs qui viennent du sud dans ces collectivités nordiques, que cela ne fonctionne pas non plus. Ils sont soumis à des avis d'ébullition de l'eau, comme dans la collectivité des Six Nations, qui est située très près de Toronto.

La souveraineté alimentaire, c'est l'exercice du contrôle sur votre nourriture, c'est savoir d'où elle vient et avoir accès à de la nourriture, reprendre le droit de récolter vos propres aliments, d'avoir du poisson sain et d'avoir accès à de l'eau propre. C'est tout simplement la disponibilité des aliments. Pour moi, la souveraineté, c'est avoir l'impression que la nourriture sera toujours accessible aux générations futures.

M. Don Davies: Pouvez-vous nous donner une idée à savoir si nous faisons des progrès ou non? Faisons-nous des progrès dans ce domaine? Est-ce qu'il y a en ce moment des programmes qui s'attaquent vraiment à ces problèmes et qui contribuent à ouvrir une brèche menant à la souveraineté alimentaire pour les peuples autochtones?

Dre Agnes Coutinho: Je suis moi-même allée dans certaines collectivités nordiques, et je peux dire que l'intention est là. Il y a des programmes qui donnent aux particuliers et aux familles de l'enseignement au sujet des habitudes de vie saine. Cependant, il est très difficile pour les gens de sortir d'un atelier sur les habitudes de vie saine et la saine alimentation, par exemple, et d'aller à l'épicerie quand il faut payer 16 $ pour le quart d'un melon d'eau et 4 $ pour deux pommes, alors que vous pouvez acheter une très grosse barre de chocolat pour 99 ¢.

En plus des programmes qui existent déjà d'après moi, si on fournit en plus les ressources nécessaires permettant de les appliquer au besoin, je crois que l'autre aspect de cela, c'est qu'il faut des politiques qui auront un effet sur ce qui est offert et sur le coût, car il est très difficile de dire à quelqu'un de manger sainement sans lui donner l'accès à des aliments sains.

M. Don Davies: Je crois, docteure Coutinho, que c'est vous qui avez dit ceci.

Sinon, c'était peut-être vous, madame Baird.

Vous avez dit du diabète que c'est une « maladie systémique d'une ampleur pandémique ». C'est très choquant, comme description de la situation en 2018.

Nous venons de recevoir un groupe de hauts fonctionnaires fédéraux, et je les ai interrogés sur le degré de progrès réalisés depuis le rapport du vérificateur général de 2013, qui avait été cinglant, je dois le préciser. C'est tout simplement une déclaration de culpabilité complète et entière concernant l'échec des programmes de lutte contre le diabète de Santé Canada à ce moment-là.

À cette époque, en 2013, dans son rapport, le vérificateur général avait enjoint Santé Canada à s'engager à mesurer convenablement les résultats de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Santé Canada a convenu d'améliorer les mesures du rendement visant à évaluer les effets de l'IDA, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, d'utiliser ces mesures de rendement améliorées pour évaluer et faire progresser les activités visant le diabète qui reçoivent du financement, et de fournir un soutien accru aux régions concernant l'utilisation des données pour la production de rapports sur l'état de santé. En réponse à ce rapport, Santé Canada s'est engagé à faire tout cela pour la fin de 2013.

Avez-vous constaté des changements ou des progrès majeurs au cours des cinq dernières années, depuis que Santé Canada s'est engagé à adopter de meilleures mesures de rendement et à améliorer les programmes?

● (1655)

Mme Roslynn Baird: Dans les collectivités autochtones, je suis obligée de dire non. Je n'ai pas constaté cela.

M. Don Davies: Docteure Coutinho, avez-vous une opinion là-dessus?

Dre Agnes Coutinho: Je crois qu'il y a des changements dans les discussions et les démarches. Le simple fait que nous soyons ici pour représenter l'Association nationale autochtone du diabète démontre qu'il y a des changements, mais je crois qu'il est toujours possible de faire mieux.

M. Don Davies: D'accord.

Docteure Henderson, je crois qu'éduquer les gens sur l'alimentation est un élément très important. Êtes-vous d'accord avec l'étiquetage sur le devant des emballages pour que les consommateurs puissent voir directement la teneur en sucre, les calories et la teneur en sodium des aliments qu'ils achètent?

Dre Melanie Henderson: Oui. Je crois que beaucoup d'études démontrent que certaines mesures utilisées ont contribué efficacement à réduire la consommation de certains aliments nocifs. Je crois que c'est certainement une mesure contribuant à réduire la consommation d'aliments qui sont probablement très mauvais pour la santé en général.

M. Don Davies: Avez-vous une opinion, en tant que pédiatre, sur la publicité d'aliments malsains visant les enfants? Êtes-vous au fait de recherches qui traitent de l'efficacité de cela?

Dre Melanie Henderson: Des recherches confirment qu'interdire le marketing ou les publicités, comme les annonces télévisées, qui visent les enfants a effectivement comme résultat d'entraîner une baisse du désir ou de la consommation de certains produits. Au Québec, par exemple, des politiques robustes restreignent la publicité visant les enfants.

Je crois que c'est une excellente question. Est-ce que quelqu'un dans la pièce a déjà vu une publicité vantant les mérites de fruits et légumes sains? Nous ne voyons jamais cela, mais nous voyons des tonnes d'aliments de restauration rapide, de hamburgers et ainsi de suite. Il est démontré clairement que vos choix alimentaires sont influencés par ce que vous voyez à la télé. Vous optez pour des aliments hautement caloriques qui ont habituellement une teneur élevée en gras et en sucre.

Je crois que ce serait bon pour les enfants et pour les adultes.

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Votre temps est écoulé.

[*Français*]

Monsieur Ayoub, vous disposez de sept minutes.

M. Ramez Ayoub (Thérèse-De Blainville, Lib.): Je vous remercie, madame la présidente.

Docteure Henderson, il y a deux types de diabète, chez les jeunes, soit le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Lorsqu'un jeune reçoit un diagnostic de diabète de type 1, il devra vivre et composer avec cette maladie tout au long de sa vie.

Est-ce la même situation dans le cas du diabète de type 2 chez un jeune ou chez un adulte?

Dre Mélanie Henderson: Effectivement, le diabète de type 1 est une maladie considérée comme auto-immune qui dure toute la vie. Par contre, le diabète de type 2 est généralement une maladie progressive. Quand le malade parvient au stade où il a besoin de traitement pour maintenir une glycémie normale, alors, c'est vraiment pour la vie. Il faudrait donc agir en amont pour prévenir le développement du diabète de type 2.

M. Ramez Ayoub: D'accord.

On parle beaucoup d'habitudes de vie, de la nourriture disponible, de sa vente, on dit qu'il faut qu'elle soit accessible aux jeunes, plus particulièrement de nos jours. Les adultes font des choix, mais les jeunes en font peut-être un peu moins. Ce sont généralement les adultes ou les parents qui nourrissent les jeunes.

En ce qui concerne ce qu'on retrouve dans les étalages des dépanneurs, une autre étude parlait récemment des boissons sucrées alcoolisées. Je ne veux pas aborder la question précise de l'alcool, mais celle des boissons sucrées, de leur disponibilité et la façon dont celles-ci sont présentées et commercialisées.

Comment réagissez-vous au fait qu'on retrouve les jus dans dans le Guide alimentaire canadien alors que la volonté de plusieurs est de les en retirer, bien qu'il y ait du bon et du mauvais sucre. Quelle est votre opinion de spécialiste?

● (1700)

Dre Mélanie Henderson: Je vous remercie de votre question.

C'est une question délicate, en effet, car il arrive parfois qu'un verre de jus d'orange apporte la seule portion de fruits et légumes que l'enfant reçoit dans sa journée. Les gens sont toujours un peu réticents à couper cette portion.

Pour ma part, je considère que le problème du jus, c'est sa prédominance en sucre. Je crois que nous ferions mieux d'encourager les jeunes à manger une orange et à prendre un verre d'eau, plutôt que de s'hydrater avec du jus. De plus, d'après mon expérience clinique personnelle, mes patients buveurs de jus peuvent en boire un litre par jour.

En 2004, au Québec, nous avons évalué la quantité de boissons gazeuses, qui sont également des boissons sucrées, consommées par les enfants. Nous avons calculé que 9 % des enfants de 4 ans et moins en consommaient au moins trois fois par jour. C'est pourquoi nous avons certainement un travail de sensibilisation à faire auprès des jeunes mères et des jeunes pères pour prévenir la consommation tant des boissons gazeuses que des jus.

[*Traduction*]

M. Ramez Ayoub: J'ai utilisé sept minutes, et je pensais n'en avoir utilisé que quatre.

[*Français*]

Nous parlions tout à l'heure du coût des fruits dans le Nord du Canada. Nous souhaitons remplacer le jus par des fruits. Quelle serait la solution, selon vous, pour permettre l'accessibilité à une nourriture de meilleure qualité? Faudrait-il une subvention gouvernementale? Comment voyez-vous cela?

La question du transport est importante, vous en avez parlé tout à l'heure. Les denrées fraîches, les fruits et les légumes expédiés dans le Nord coûteraient beaucoup plus cher que dans d'autres parties du pays. Quelle serait la solution? Comment arriverons-nous finalement à donner un meilleur choix à la population qui habite le Nord du Canada?

[*Traduction*]

Mme Roslynn Baird: Je crois qu'une partie de la solution est d'établir un lien entre les jeunes et leurs aînés, et les enseignements sur la façon de récolter et de manger ce qui vient de leur milieu géographique, pour qu'ils mangent les aliments qui viennent de la nature. Nous nous sommes énormément éloignés de cela. Je crois que beaucoup de jeunes ont perdu le goût du gibier, du poisson et des aliments traditionnels. Revenir à certains de ces enseignements traditionnels serait assurément un bon point de départ, comme établir les liens entre les jeunes et les aînés; offrir les enseignements et les programmes liés à la terre qui ont été mentionnés précédemment; et apprendre les rites de passage permettant aux jeunes de connaître leurs responsabilités au sein de la collectivité pour ce qui est d'apporter de la nourriture aux aînés et de fournir de la nourriture saine aux autres. Une grande partie de ces enseignements traditionnels se sont perdus.

Il pourrait aussi y avoir des programmes visant le jardinage, la cueillette d'aliments et la culture en serre. Il y a d'autres idées de cette nature aussi.

[*Français*]

M. Ramez Ayoub: J'apprécie votre suggestion, mais j'ai l'impression que ce n'est qu'à moyen et même à long terme, qu'on pourra changer toutes ces habitudes de vie.

À court terme, que peut-on faire pour modifier le contenu de l'assiette des jeunes? On se préoccupe d'abord des enfants, mais aussi des adultes, évidemment. À court terme, comment peut-on établir un plan d'action qui va changer cela?

J'imagine que devenir agriculteur ou changer vraiment la manière de faire la production et se fournir en légumes et en fruits frais serait tout un défi dans cette partie du pays.

[*Traduction*]

Dre Agnes Coutinho: L'une des principales façons de s'attaquer à cela sera de prendre contact avec diverses collectivités. Il n'y a pas de réponse unique à votre question, malheureusement. Je crois que les collectivités ont tendance à savoir exactement ce qu'il leur faut, et je suis prête à parier que si nous établissions le contact maintenant avec une collectivité, les gens nous donneraient cinq éléments qui faciliteraient leur vie et leur capacité de se nourrir, de nourrir leurs familles et de nourrir les jeunes convenablement. Parfois, le plus gros problème réside dans l'accès aux ressources, mais le type de recherche qui manque varie d'une collectivité à l'autre. Ce point, qu'il relève d'un gouvernement provincial ou du gouvernement fédéral, exigera qu'on se penche très précisément sur les besoins des collectivités.

● (1705)

La vice-présidente (Mme Marilyn Gladu): Je vous remercie infiniment. Nous avons entièrement écoulé notre temps. Je tiens à remercier nos témoins pour leur contribution à notre étude.

Nous allons suspendre la séance et passer aux travaux du Comité. Je demande la coopération de tous. Tous ceux qui ne sont pas membres du Comité doivent quitter la pièce, alors je vais vous demander de le faire maintenant.

[*La séance se poursuit à huis clos.*]

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes
à l'adresse suivante : http://www.noscommunes.ca

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the
following address: http://www.ourcommons.ca